LA

LIPOMATOSE SYMÉTRIQUE

A LOCALISATION CERVICALE

LA

N° 63

LIPOMATOSE SYMÉTRIQUE

A LOCALISATION CERVICALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 mai 1909

PAR

Charles TERRON

Né à Avignon (Vaucluse), le 15 mars 1882

ACAD. LUGDUNAT. RIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Cliniquemédicale	CARRIEU.
Cliniquedes maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.* | JEANBRAU, *agrégé.*
RAUZIER, *professeur* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur : qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

CH. TERRON.

A MON FRÈRE

A MON ONCLE

A MA TANTE

CH. TERRON.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

CH. TERRON.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. IMBERT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. PERRIN

PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

CH. TERRON.

A MES MAITRES DE MARSEILLE
ET DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CH. TERRON.

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas sans un profond regret et un sentiment de tristesse que nous nous voyons sur le point de terminer nos études médicales, longues sans doute, mais dont le souvenir ne nous quittera jamais. A ces longues années pleines d'insouciance, va succéder une existence remplie de difficultés et de soucis, que nous nous efforcerons de surmonter par notre travail et notre persévérance. C'est dans ces moments de réflexion que l'on se plaît à regarder le passé et à constater combien nombreux furent ceux qui, de près ou de loin, ne cessèrent de nous prodiguer des encouragements et des marques d'affection.

Qu'il nous soit donc tout d'abord permis de témoigner notre entière reconnaissance et l'assurance de tout notre amour filial à notre père et à notre mère, qui firent pour nous tant de sacrifices, et dont l'existence, toute de volonté, de droiture et de travail, demeure pour nous le plus bel exemple que nous puissions imiter.

Que notre frère, dont nous avons pu, en maintes circonstances, apprécier les qualités de cœur, soit persuadé de notre profonde affection ; et que notre oncle et notre tante, qui, si souvent nous aidèrent de leurs sages conseils, croient à notre inaltérable attachement.

Adressons enfin l'assurance de toute notre amitié la plus sincère à M. Henri Breton, qui guida nos premiers pas d'étudiant ; à M. Prosper Carre et au docteur F. Ca-

moin, qui furent toujours pour nous des amis si sûrs et si dévoués.

Notre reconnaissance est acquise à nos premiers maîtres de l'Ecole de Marseille, en particulier à MM. les docteurs Imbert et Perrin, qui nous reçurent toujours dans leur service avec beaucoup d'affabilité.

Nous devons exprimer toute notre gratitude à M. le professeur Forgue, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

De même, nous adressons l'expression de nos respectueux remerciements à M. le professeur Rauzier, qui a accepté de faire partie de notre jury.

Nous ne savons vraiment comment remercier M. le professeur agrégé Jeanbrau, pour l'accueil particulièrement bienveillant qu'il nous réserva, et pour l'extrême obligeance qu'il nous prodigua.

Nous adressons nos profonds remerciements à M. le professeur agrégé Riche, qui a bien voulu faire partie de notre jury.

Que M. le docteur Massabuau, chef de clinique à la Faculté, qui nous donna l'idée de notre modeste travail, soit assuré de notre entière reconnaissance.

LA

LIPOMATOSE SYMÉTRIQUE

A LOCALISATION CERVICALE

OBSERVATION

Recueillie dans le service de M. le professeur Forgue,
publiée par M. le Dr Massabuau in *Montpellier Médical*. 25 Avril 1909.

S. J..., âgé de 45 ans, entre dans le service de M. le professeur Forgue.

La maladie a débuté il y a trois ans, par une nodosité siégeant en arrière de l'oreille droite, et qui a augmenté progressivement de volume, sans provoquer jamais de phénomènes douloureux. Quelques mois après, une deuxième nodosité, de même aspect, s'est montrée dans la région latérale droite du cou, puis s'est rapidement propagée vers le côté gauche, arrivant à former une masse qui a, depuis un an et demi environ, le volume actuel.

La région antérieure du cou de ce malade a pris la forme d'un menton à plusieurs étages, comparable à celui des gens obèses. La masse forme un bourrelet saillant qui s'étend d'un angle du maxillaire à l'autre, et cette masse, semi-lunaire, appliquée en forme de jugulaire au-dessous

de l'arc du maxillaire inférieur, donne au cou l'aspect bien connu du cou proconsulaire.

La consistance de cette masse est relativement ferme et, de chaque côté, dans les régions sous-maxillaires, on peut délimiter deux tumeurs du volume d'un gros œuf environ, qui semblent situées très profondément, de consistance assez ferme, et qui se continuent vers la ligne médiane avec la masse sous-mentale, plus diffuse et plus molle.

En outre, on constate la présence, dans les régions mastoïdiennes, de deux tumeurs nettement séparées du reste de la néoformation cervicale. Ces deux tumeurs ont le volume d'un œuf environ, et la droite est légèrement plus volumineuse que la gauche. Elles sont symétriquement situées et s'étendent en arrière jusqu'à un travers de doigt en dehors de la protubérance occipitale, en avant jusqu'à une ligne menée par le prolongement du lobule de l'oreille ; en bas, leur bord inférieur descend jusqu'en arrière du bord postérieur du sterno-mastoïdien. Leur grand axe est transversal, ou plutôt légèrement oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Un espace de un travers de doigt et demi environ sépare leur pôle antérieur du pôle supérieur de la masse sous-maxillaire correspondante.

La peau est mobile à la surface de ces tumeurs, légèrement adhérente, amincie et un peu rouge au niveau du point culminant de la tumeur gauche.

On ne constate aucune tuméfaction, ni dans le creux de l'aisselle, ni dans les régions inguinales.

L'examen du sang, pratiqué à deux reprises par M. le professeur agrégé Gaussel, n'indique aucune modification dans la quantité et la proportion des globules blancs.

Le malade est opéré le 17 février 1909, par M. le professeur Forgue, qui enlève d'un seul tenant le volumineux collier lipomateux, occupant les régions sous-mentales et

sous-maxillaires, puis séparément et en les morcelant, les deux masses rétro-mastoïdiennes, plus adhérentes aux plans profonds.

Malgré cette large dissection du cou, les suites opératoires ont été excellentes. Réunion par première intention.

Le malade sort guéri, sans aucune trace de récidive, en avril 1909.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas en vue, dans notre thèse, de faire une étude complète de la lipomatose multiple symétrique. Cette affection comprend différentes variétés, nettement distinctes les unes des autres.

Il faut citer :

1° La pseudo-lipomatose de Verneuil et Potain ;

2° L'adipose douloureuse ou maladie de Dercum ;

3° La lipomatose symétrique diffuse ;

4° La lipomatose symétrique à localisation cervicale.

C'est cette dernière variété que nous nous proposons uniquement d'étudier ici, en prenant comme point de départ l'observation qui est en tête de ce travail et qui est un cas typique de cette forme de lipomatose.

Et, dans cette étude, nous discuterons surtout la question de pathogénie de cette affection, car c'est sur elle que se concentre tout l'intérêt de notre observation ; il nous sera d'ailleurs facile de constater combien mal précisées sont les diverses théories pathogéniques émises jusqu'à ce jour.

Nous compléterons notre travail en traçant les principaux caractères cliniques de l'affection, et en indiquant les principales règles de sa thérapeutique.

HISTORIQUE

Roger Williams disait de l'adénolipomatose symétrique : « C'est une affection au moins aussi vieille que l'habitude d'absorber de grandes quantités de bière et d'alcool. » Mais les anciens n'accordaient à ces tumeurs bilatérales qu'une importance secondaire, puisqu'il n'y a guère plus de deux siècles, en 1704, que Littré, le premier, a décrit, sous le nom de lipomes, certaines tumeurs constituées par du tissu graisseux.

Après Littré, il convient de citer parmi les travaux qui ont été publiés sur cette affection, les thèses de Jaume (1828), de Pauhier (1834), d'Affre (1839). En 1846, Benjamin Brodie publie une observation qui paraît se rapporter à cette affection. Enfin, le 7 mars 1855, Huguier présente, pour la première fois, à la Société de Chirurgie, un homme porteur de tumeurs lipomateuses symétriques, indolores, siégeant au tronc, aux membres et surtout à la région cervicale. Le deuxième cas est rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1863, par Foucher. En 1867, Virchow pense que les lipomes sont dus à des pressions ou à des chocs, et nous donne une théorie traumatique, reprise par Leclerc, dans sa thèse de 1883. Darbez, en 1868, cite un cas de lipomes symétriques à prédomi-

nance cervicale Vers la même époque, Vaerneck, Holgman, Lascarides, en Allemagne, s'occupent de cette question.

Verneuil, en 1885, dans le *Bulletin de la Société Biologique,* soutient que la lipomatose symétrique a son origine dans l'arthritisme et l'alcoolisme. C'est la théorie diathésique, théorie du reste rapidement abandonnée en France, mais qui, en Angleterre et en Allemagne, a eu de nombreux partisans.

Le même sort a été réservé à la théorie de Grosch, parue en 1887. Grosch attribuait la lipomatose à des troubles sécréteurs de la peau. C'était la théorie cutanée.

L'année suivante, en 1888, Madelung, en Allemagne, étudie le « lipome diffus du cou », et rattache la lipomatose à certaines altérations du corps thyroïde. Cette théorie thyroïdienne fut vite délaissée, ainsi que la théorie nerveuse, parue en 1889, et défendue successivement par Boucher, par Mathieu, Bucquoy et Bouju.

En 1897, Hayem émet la théorie lymphatique et ganglionnaire, que Launois et Bensaude ont défendue à la Société médicale des Hôpitaux (juin 1898), et qui, de nos jours, est battue en brèche par de nombreux auteurs, par le professeur Dieulafoy en particulier, dans son Traité de pathologie interne.

Deux nouvelles théories ont vu le jour depuis 1900 : la théorie tuberculeuse, très en faveur auprès de l'Ecole de Lyon ; les professeurs Jaboulay et Poncet y ont attaché leurs noms ; et la théorie congénitale, que les professeurs Reclus et Brissaud ont entrevue, et dont le docteur Caron, dans sa thèse inaugurale de 1908, s'est particulièrement occupé.

SYMPTOMATOLOGIE

Le premier symptôme local de l'adénolipomatose symétrique cervicale, et qui ne fait jamais défaut, c'est le volume exagéré du cou, aboutissant dans certains cas à une déformation complète de la région cervicale. En effet, on constate au niveau du cou des tuméfactions plutôt de consistance mollasse, diffuses, assez mal délimitées, généralement mobiles sous la peau, et se déplaçant en masse. Parfois, certains prolongements lipomateux fixent ces tumeurs aux plans sous-jacents et rendent impossibles leurs déplacements. Le cou est le siège le plus fréquent de ces tumeurs, mais on les rencontre encore sur le tronc, à la région axillaire et à la région inguinale de préférence, parfois même sur les membres.

Cette disposition symétrique des tumeurs à la région cervicale est caractéristique. La tête est entourée d'un volumineux collier lipomateux, lui donnant, nous dit Hayem, « la forme d'une pyramide tronquée à base inférieure et à sommet supérieur ». C'est la tête dite en poire. Ces tuméfactions peuvent être plus ou moins accusées et développées, et demeurer ainsi à peine perceptibles, même pour le malade. Mais il peut arriver qu'elles se développent très rapidement et qu'elles atteignent des dimensions

considérables. Mais alors, dans ce cas, ces différentes tuméfactions symétriques se sont accrues en même temps, et au lieu de rester indépendantes les unes des autres, se sont rejointes et ont formé une énorme collerette à contours plus ou moins saillants et bosselés autour de la face et du cou.

Madelung cite le cas d'un malade qui « étouffait dans la graisse ». Il l'opéra deux fois, et ce n'est qu'après la seconde intervention qu'il put respirer plus librement.

Cabanès (obs. XV) a mesuré chez son malade la circonférence du cou. Il a trouvé 67 centimètres. L'encolure du malade de Virchow était de 60 centimètres. Caron, dans sa thèse, cite un malade dont le cou avait une circonférence de 58 centimètres. Les masses lipomateuses peuvent donc être énormes, et l'on conçoit aisément que les mouvements de la tête et du cou soient rendus très difficiles, parfois même impossibles. En même temps, d'autres tuméfactions, de volume aussi colossal, peuvent se rencontrer, toujours symétriques, sur d'autres parties du corps. MM. Janselme et Bufnoir citent un malade qui avait la paroi abdominale antérieure couverte de tumeurs presque confluentes.

Le second symptôme caractéristique de cette affection, c'est la symétrie avec laquelle ces tumeurs sont distribuées sur tout le corps. Le plus souvent paires, elles sont disposées de chaque côté de la ligne médiane ; plus rarement impaires, elles sont alors médianes. On rencontre encore ordinairement une tumeur sous le menton, et deux dans les régions sous-maxillaires. A un certain degré de développement, cet ensemble forme un menton à deux ou trois étages. Dans les régions parotidiennes et sus-sternales, les tumeurs sont généralement petites, allongées en forme d'amandes. Quant à la nuque, elle est toujours

occupée par des saillies symétriques ; les unes, les supérieures, occupent les fossettes rétro-mastoïdiennes, et sont en partie cachées par les cheveux. Les autres sont situées au-dessous de la ligne courbe occipitale. On trouve à ce niveau, tantôt deux tumeurs, tantôt une seule médiane.

Dans le premier cas, les tumeurs supérieures et les deux inférieures ne sont séparées entre elles que par des petits sillons, et rappellent ainsi par leur disposition les tubercules quadrijumeaux (Launois et Bensaude). Dans le second cas, une seule tumeur médiane jointe aux deux supérieures présente l'aspect d'une feuille de trèfle.

Donc, aspect volumineux du cou et déformation :

Symétrie des tuméfactions avec localisation spéciale : tels sont les principaux symptômes locaux de l'adénolipomatose cervicale.

Il nous reste à dire quelques mots des symptômes généraux.

L'adénolipomatose, à part quelques cas exceptionnels, peut être considérée comme une simple difformité, et à ce titre, n'entraîner qu'une certaine gêne dans les mouvements : la santé générale reste excellente, les malades croient engraisser d'une façon un peu exagérée. Mais lorsque la masse lipomateuse prend des dimensions plus considérables, des phénomènes de compression peuvent apparaître. C'est là une véritable complication, assez rare du reste. Les lipomes diffus s'insinuent dans les interstices des muscles ou des aponévroses, et peuvent comprimer ou même refouler les organes qu'ils rencontrent. Ainsi, à la base du cou, un prolongement lipomateux peut comprimer les organes contenus dans le médiastin antérieur et provoquer une dyspnée plus ou moins intense, avec cyanose et gêne de la déglutition, pouvant même parfois amener la

mort. (Cas de Madelung, Smidt, Virchottmüller, Janselme et Bufnoir).

L'état général peut être très altéré : le malade de Launois et Bensaude dépérissait à vue d'œil. Celui de Hirschfeld était dans un état de faiblesse et de fatigue extrêmes.

Launois et Bensaude ont, en outre, remarqué l'hypertrophie de la rate dans plusieurs cas, une diminution notable des leucocytes mononucléaires et une légère leucocytose. Ce sont là des constatations qui ne sont pas applicables à tous les cas, l'examen du sang n'étant pas pratiqué la plupart du temps.

Enfin, il convient de signaler parfois chez les porteurs de lipomes volumineux, un état psychique particulier : irritabilité, tristesse, apathie, perte de la mémoire et même de l'intelligence, tout au moins en partie. En somme un état de dépression mentale, de mélancolie, d'asthénie, dont la cause ne nous paraît pas nettement élucidée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cette affection est relativement assez facile, surtout lorsque la maladie est arrivée à la période d'état. Cependant, on a pu confondre l'adénolipomatose cervicale symétrique avec certaines affections que nous allons passer en revue.

L'obésité, qui rend le cou de certains individus difforme, présente bien le collier caractéristique de la lipomatose ; mais ce collier est diffus et les tuméfactions qui le forment ne sont pas indépendantes les unes des autres, ni séparées par des sillons plus ou moins marqués et profonds. De plus, les signes constants d'adipose viscérale ou périviscérale ne font jamais défaut.

Les lipomes vrais n'ont pas une symétrie aussi constante ; leur nombre peut être considérable, mais ils sont le plus souvent nettement circonscrits et encapsulés.

La pseudo-lipomatose sus-claviculaire de Verneuil et Potain peut être symétrique et occupe une région riche en vaisseaux et ganglions lymphatiques. Ces pseudo-lipomes sus-claviculaires se rencontrent de préférence chez les femmes, et subissent souvent des changements rapides de volume, de forme, et de consistance. L'influence de la température semble manifeste dans leur évolution.

La lymphadénie s'accompagne de douleurs, de troubles fonctionnels ou généraux ; les tumeurs grossissent rapidement et la mort survient dans les deux ou trois ans. En cas d'intervention et d'ablation, ces lymphadénomes récidivent constamment.

L'adéno-lymphocèle est souvent symétrique, de consistance mollasse, mais elle n'a jamais été observée dans la région de la nuque ou du dos, où les ganglions lymphatiques font défaut.

L'abcès froid peut être symétrique, mais la consistance n'est plus du tout semblable. La fluctuation peut être recherchée, et en cas de doute une ponction exploratrice trancherait le diagnostic. De plus, le malade présente d'autres signes de tuberculose.

Le sarcome a une consistance plus ferme ; des adhérences à la peau et aux tissus profonds sont la règle ; il peut, en outre, s'ulcérer et provoquer des douleurs assez violentes.

La gomme syphilitique se reconnaîtra toujours par l'interrogatoire du malade, par l'évolution de la tumeur. Dans le doute, le traitement spécifique tranchera la question.

Le goître sera difficilement confondu avec une masse lipomateuse : la présence de battements, l'élévation de la tumeur avec le pharynx à chaque mouvement de déglutition sont caractéristiques.

Souvent, le diagnostic reste hésitant entre certaines formes d'adénites cervicales et l'adénolipomatose.

Tumeurs nettement circonscrites, mobiles, symétriques, de consistance molle, où l'on ne retrouve pas de fluctuation bien nette, autant de caractères communs aux deux affections. L'état général du malade, ses antécédents héréditaires et personnels, l'évolution de la maladie, l'examen du sang, aideront sans doute à trancher la question ; mais

il peut arriver que le doute persiste, et l'intervention seule alors fournira un diagnostic certain.

Enfin, il faut citer l'adipose douloureuse ou maladie de Dercum, qui, dans certaines formes cliniques, se rapproche beaucoup de l'adénolipomatose. Cette affection, qui frappe plus particulièrement les femmes mûres, débute par de fortes douleurs, toujours absentes dans l'adénolipomatose. Mais les tumeurs peuvent se développer sans aucun phénomène douloureux, tout au moins pendant un certain temps ; un état d'asthénie et certains troubles psychiques se manifestent, et ce n'est que plus tard que les douleurs violentes apparaissent. On conçoit combien ce dernier état se rapproche avant l'apparition des douleurs de celui observé dans l'adénolipomatose et combien le diagnostic est alors délicat. En certains cas, la palpation des tumeurs pourra peut-être éveiller la douleur ou en hâter l'apparition.

MARCHE DE L'AFFECTION
PRONOSTIC

L'adénolipomatose débute le plus habituellement d'une façon insidieuse. Les tumeurs évoluent lentement et souvent restent inaperçues du malade puisque c'est le médecin lui-même qui les découvre alors qu'il est consulté pour une tout autre affection.

Ces lipomes peuvent ne pas augmenter de volume ni de nombre pendant très longtemps : cinq ans, dix ans, vingt ans et même plus, ou bien ils peuvent croître et augmenter de nombre très rapidement, et ce changement survenir subitement, après un arrêt de développement de plusieurs années. Leur dimension peut varier du volume d'une noisette à celui d'une orange ou d'un melon, et l'on a signalé des lipomes pesant jusqu'à 20 kilogs.

En général, les lipomes symétriques subissent un accroissement simultané et lent.

De même qu'on peut constater un arrêt dans le développement de ces tumeurs lipomateuses, de même on peut constater une régression plus ou moins complète. Le cas cité par Quéry, dans sa thèse, à ce sujet, démontre la possibilité d'une pareille régression.

Lorsque les tumeurs acquièrent un volume considérable, des phénomènes de compressions graves sont à redouter.

Le pronostic est bénin dans la plupart des cas, et si les malades consultent un médecin, c'est surtout à cause des difformités que provoque l'accroissement exagéré des tumeurs. Exceptionnellement l'état général laisse à désirer, le moral est affecté, et une asthénie assez marquée est observée. Il faut aussi redouter des phénomènes de compression pouvant provoquer des accidents d'une certaine gravité. La transformation des lipomes en tumeurs malignes n'est pas admise et on doit classer les lipomes parmi les tumeurs bénignes.

TRAITEMENT

Le traitement de l'adénolipomatose peut être médical ou chirurgical.

Traitement médical. — On a employé durant de longues années des pommades ou des emplâtres en application sur les différentes tumeurs. Les résultats obtenus ont été peu satisfaisants. Les injections sous-cutanées d'alcool absolu (Müller) ou de solutions arsenicales n'ont pas eu plus de succès. Et de nos jours, tout le traitement médical consiste dans l'emploi à l'intérieur de l'iodure, de l'arsenic et de la médication thyroïdienne.

L'iodure, même à fortes doses et pendant longtemps, n'a pas donné un seul cas de guérison : la plupart des malades porteurs de ces tumeurs, témoins les nombreuses observations que nous avons sous les yeux, ont été traités par l'iodure de potassium, et aucun cas de disparition ou même de régression des tumeurs n'a été observé. L'arsenic a été surtout préconisé alors que la théorie ganglionnaire de MM. Launois et Bensaude était en honneur. Et certes, cette médication arsenicale avait sa raison d'être, puisque la pathogénie de ces tumeurs, pour ces auteurs, laissait soupçonner l'existence possible de la tuberculose. Les résultats obtenus ont été parfois encourageants, mais nous n'avons aucun exemple de guérison complète.

Quant à la médication thyroïdienne, Hayem, Schuchardt, l'ont employée avec un succès en somme relatif : Mme Astaouroff, dans sa thèse, l'a défendue et nous rapporte plusieurs observations, dans lesquelles l'opothérapie thyroïdienne aurait donné de bons résultats. (Obs. de Rothmann, d'Ewald, de Türk, de Langer). Mme Astaouroff cependant a soin de nous citer un peu plus loin plusieurs cas où le traitement par l'opothérapie n'a produit aucune diminution des masses lipomateuses. (Obs. de Cabanès, Leval, Schein, Hayem).

On a encore essayé l'électrothérapie avec peu de succès. A part l'observation citée par Darbez (thèse de Paris), dans laquelle l'emploi des courants continus avait été très efficace, nous n'avons aucun autre cas d'amélioration à signaler.

En somme aucun traitement médical n'a donné de résultats probants et il se pourrait bien que les quelques rares exceptions où il a été permis de constater une régression même légère des tumeurs, ne fût due, chez ces malades, qu'au repos, au régime, à la suppression de l'alcool, ou à un changement de milieu.

Traitement chirurgical. — L'intervention chirurgicale avec ablation des masses lipomateuses, constitue le traitement de choix. Cependant l'extirpation des tumeurs est loin d'être aussi facile qu'on ne serait tenté de le croire, surtout si l'on a à intervenir dans la région cervicale, région très vascularisée, et si des prolongements plus ou moins profonds de ces tumeurs s'insinuent dans les interstices musculaires et aponévrotiques ou suivent les trajets des vaisseaux ou des nerfs.

Vu l'incertitude dans laquelle le chirurgien se trouve avant l'opération, puisqu'il est très difficile et même im-

possible de déterminer l'existence de ces prolongements, nous croyons plus prudent de ne recourir au traitement chirurgical que si les tumeurs deviennent trop volumineuses et constituent une gêne pour le malade ou si des phénomènes de compression sont manifestes et deviennent eux-mêmes un réel danger. Toutefois, la récidive est souvent possible. (Obs. Caron XIII).

ETIOLOGIE

Les renseignements que nous fournit l'étude étiologique de l'adénolipomatose symétrique sont vagues et peu précis. Cependant, l'âge, le sexe, le tempérament, les antécédents héréditaires ou personnels, méritent quelques considérations.

L'affection débute ordinairement entre 25 et 50 ans, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a pu constater son apparition avant la vingtième année (cas de Holgmann, de Dartignolles). Elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et ce fait doit être souligné, car la lipomatose diffuse symétrique, les pseudo-lipomes sus-claviculaires de Potain, et la maladie de Dercum (adipose douloureuse), paraissent être au contraire l'apanage du sexe féminin. Il est difficile d'expliquer ce fait ; qu'il nous suffise de le signaler.

Doit-on tenir grand compte de la constitution de l'individu ? Les avis sont partagés sur cette question ; mais il nous semble que la thèse de Madelung, qui affirme n'avoir jamais observé de lipomes symétriques et cervicaux chez les obèses est peu soutenable. Nombreuses sont les observations au contraire (Hayem, Lejars), où la coexistence des deux affections a été signalée.

L'arthritisme et le rhumatisme, signes certains d'un

trouble de la nutrition, ont rarement manqué dans les antécédents des malades atteints d'adénolipomatose. La syphilis, souvent invoquée, ne semble jouer aucun rôle ; tout autre paraît le rôle de la tuberculose. Les adénites tuberculeuses cervicales ont été fréquemment observées en même temps que des masses lipomateuses ; mais il ne faut pas en déduire une règle générale, en admettant, comme MM. Launois et Bensaude, que même en l'absence de tout antécédent tuberculeux, la cause principale de l'adénolipomatose est la tuberculose.

Enfin, pour certains auteurs, l'alcoolisme serait le facteur le plus important. MM. Launois et Bensaude l'ont trouvé dans 30 0/0 des cas, et nous avons pu le constater dans les observations que nous avons eues sous les yeux 18 fois sur 31 cas. N'est-il pas permis de penser que l'alcool, troublant et ralentissant les échanges nutritifs, favorise la formation des lipomes ?

Nous ne pouvons passer sous silence, en terminant cette rapide étude étiologique, l'influence de l'hérédité. Les avis sont encore ici très partagés. Madelung, MM. Launois et Bensaude la nient catégoriquement. Cependant les observations que nous avons compulsées ne permettent aucun doute à ce sujet. (Obs. de Clève, de Sinnhüber.)

PATHOGENIE

La pathogénie de l'adénolipomatose symétrique constitue l'un des chapitres les plus intéressants de l'étude de cette affection ; et il est assez naturel que cette partie ait été l'une des plus étudiées et ait donné naissance à de nombreuses théories. Nous allons examiner successivement les principales théories émises jusqu'ici, et envisageant surtout notre observation personnelle citée au début de notre thèse, nous indiquerons qu'aucune de ces théories ne se trouve vérifiée par toutes les observations.

Théorie thyroïdienne. — Madelung constata dans un cas d'adénolipomatose qu'il opérait, l'absence du corps thyroïde. Cette particularité fit surgir dans l'esprit de Madelung une hypothèse qui jusqu'à nos jours a eu ses adeptes.

Il s'était demandé si cette production de tissu adipeux n'était pas en rapport avec une altération ou une disparition complète du corps thyroïde. Payr, Klausner et Türk confirmèrent par quelques observations la théorie de Madelung : de plus l'odothérapie appliquée par les auteurs allemands, semblait, d'après eux du moins, avoir donné d'excellents résultats. On pouvait donc rapprocher l'adénolipomatose du myxœdème, le même traitement donnant

dans les deux affections une sensible amélioration, et leur attribuer la même nature et la même origine. Malheureusement les faits et les observations ne plaident guère en faveur de la théorie de Madelung. Presque tous les auteurs ont constaté la présence du corps thyroïde chez leurs opérés ; de plus, l'adénolipomatose est une maladie qui est observée presque uniquement chez l'homme, tandis que les altérations de la glande thyroïdienne semblent être réservées aux femmes. Toutefois il ne faut pas rejeter systématiquement cette théorie, puisque la thyroïdothérapie a parfois amélioré certains malades.

Théorie des glandes cutanées. — Cette théorie, proposée par Grosch en 1887, est actuellement entièrement abandonnée. Se basant sur plus de 700 observations, Grosch en conclut que la formation et la localisation des lipomes sont « déterminées par la richesse relative des diverses régions cutanées en glandes sébacées et sudoripares. La prédisposition au développement des tumeurs est en raison inverse de la richesse de la région en glandes ». Et il ajoute : « L'élimination de la graisse de l'organisme se faisant en partie par les glandes de la peau, tout trouble survenu dans leur fonctionnement se traduira par une adipose partielle au niveau des glandes lésées ».

Les causes agissant sur la sécrétion des glandes cutanées sont locales ou générales. Locales (irritations ou traumatismes), elles détermineront la production de lipomes solitaires ; générales, c'est-à-dire agissant sur le centre nerveux même de cette sécrétion, elles produiront des masses lipomateuses diffuses et souvent symétriques. Par cette hypothèse nous ne pouvons nous expliquer la formation des masses lipomateuses profondes et sous-aponévrotiques. De plus, la récidive devrait être la règle, puisque

en supprimant les tumeurs on n'a pas pour cela modifié les influences nerveuses agissant sur le territoire cutané correspondant, et nous savons que la récidive dans cette affection est tout à fait exceptionnelle.

Théorie nerveuse. — Cette théorie, admise surtout en Allemagne, où elle fit l'objet d'une discussion au cinquante-neuvième congrès des médecins et naturalistes allemands, est basée sur la distribution symétrique des lipomes, et sur la coexistence de ceux-ci avec des troubles du système nerveux périphérique ou central. Dans certains cas publiés, on a constaté, chez des malades atteints d'adénolipomatose, des troubles caractéristiques du système nerveux. Le malade de Kemp était épileptique, celui de Madelung tabétique, celui de Bucquoy souffrait d'une sciatique avec atrophie musculaire. Dans un cas publié par Bumke, un ouvrier fait une chute à la suite de laquelle surviennent de la parésie et de la diminution de sensibilité des membres inférieurs ; quelques jours après il se développait des lipomes symétriques aux régions iliaques et lombaires. On peut objecter avec raison à cette théorie que les troubles nerveux concomitants ne sont pas constants, puisque dans la majorité des observations nous constatons l'absence de troubles trophiques ou de diminution de la sensibilité.

« Aucun des partisans de cette théorie nerveuse, dit Dieulafoy, n'a réussi à établir une relation tant soit peu précise entre le système nerveux et l'hypertrophie adipeuse ; on ne peut donc prendre cette théorie en considération que si l'on veut mettre sur le compte du système nerveux tous les phénomènes morbides dont on ne connaît pas la nature. »

Théorie ganglionnaire. — Avant MM. Launois et Ben-

saude, Baker et Bowlby s'étaient demandés si l'adénolipomatose n'était pas plutôt de nature lymphadénomateuse que de nature graisseuse. M. Hayem pensait lui aussi à la nature lymphatique de cette affection. MM. Launois et Bensaude, se basant sur quelques observations personnelles, attribuèrent à cette affection une origine uniquement ganglionnaire.

« Le siège de prédilection des tuméfactions, au niveau des régions où existent normalement de nombreux ganglions lymphatiques, l'apparition souvent signalée de symptômes de tumeurs du médiastin plaident en faveur de cette opinion. On doit reconnaître néanmoins que les tumeurs peuvent siéger où on ne décrit pas habituellement de ganglions lymphatiques; mais ils n'en existent pas moins. » Et un peu plus loin : « un argument peut-être plus important que le siège est fourni par la présence au milieu des masses infiltrées de ganglions plus ou moins volumineux et plus ou moins nombreux. »

« La prolifération graisseuse peut rester sous-cutanée, mais le plus souvent elle s'infiltre à travers l'aponévrose, envahit les interstices musculaires et gagne la profondeur en suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques. » (Launois et Bensaude.) Pouvant coïncider avec cette affection, MM. Launois et Bensaude ont signalé l'altération de la rate, l'état éléphantiasique de la peau, la lymphangite tronculaire, une leucocytose légère et une diminution notable des petits globules blancs mononucléaires. Et comme conclusion : « Nous croyons, disent-ils, qu'il s'agit primitivement, ainsi que le supposait le professeur Hayem, d'une maladie du système lymphatique (ganglions et vaisseaux), mais que cette affection est absolument distincte de la lymphadénie, ainsi que le montrent l'anatomie pathologique, l'étiologie et surtout l'évolution clinique. »

Telle est, en résumé, cette théorie ganglionnaire, qui a soulevé depuis son apparition de si vives discussions, et qui a été pour ainsi dire complétée par le professeur Poncet, en attribuant le processus primitif de la lésion ganglionnaire, que MM. Launois et Bensaude n'expliquent pas, à la tuberculose.

Cette théorie lymphatique est peut être applicable à plusieurs cas, et nous comprenons aisément que MM. Launois et Bensaude l'aient soutenue, leurs observations confirmant absolument leur théorie. Mais cependant, nous ne pouvons généraliser cette origine ganglionnaire, puisque nous ne pouvons l'admettre ni pour notre observation personnelle, ni pour les observations que nous citons. Il est, en effet, difficile d'admettre que dans les régions dépourvues normalement de ganglions, se trouvent des ganglions non décrits par les anatomistes. Or, c'est dans ces régions (épaule, région scapulaire, colonne vertébrale, épigastre, pubis) que se rencontrent le plus souvent les masses adipeuses. MM. Launois et Bensaude prétendent bien qu'il peut exister des ganglions anormaux, mais alors il est assez étonnant que des tumeurs d'origine lymphatique se développent de préférence dans des régions où précisément des ganglions font généralement défaut. De plus, pour souscrire à cette théorie, il faudrait que l'examen histologique de la tumeur puisse confirmer l'hypothèse de MM. Launois et Bensaude. Or, le plus souvent, les malades n'ont pas été opérés, ou bien, s'ils l'ont été, on a omis d'examiner la tumeur extirpée. Et dans les quelques cas, trop rares, où cet examen histologique n'a pas fait défaut, on a rencontré des ganglions lymphatiques chroniquement enflammés au sein des masses lipomateuses dans une proportion ne dépassant pas 5 à 6 pour 100.

Notre cas est frappant à cet égard : on a bien rencontré

quelques ganglions lymphatiques dans la masse lipomateuse, mais uniquement dans les points où ils existent normalement (ganglions sous-mentaux, ganglions sous-maxillaires). Ces ganglions ne présentaient aucune modification de leur structure, aucune figure histologique qui pût faire penser à un processus réel d'inflammation chronique. Enfin, MM. Launois et Bensaude considèrent à tort comme des ganglions hypertrophiés les petites nodosités indurées que la palpation des masses lipomateuses permet parfois de sentir ; en réalité, il ne s'agit là que du tissu adipeux, condensé par endroit, associé ou non à du tissu fibreux. Quant aux modifications de la formule leucocytaire et à l'hypertrophie de la rate, nous remarquons qu'elles ont été très rarement constatées. Il nous est impossible pour notre part de souscrire à cette théorie lymphatique, puisque aucun des cas que nous rapportons ne peut s'y appliquer ; aussi, le terme d'adénolipomatose donnée à cette affection nous paraît peu justifié par les faits.

Reste une dernière théorie, la théorie congénitale qui, se basant sur les différentes situations des masses adipeuses, laisse supposer que ces formations se font sous l'influence du développement même de l'individu, et qu'elles reproduisent tous les caractères des affections congénitales proprement dites (lymphangiomes, kystes séreux, etc.). Cette théorie ne peut être considérée que comme une hypothèse, hypothèse séduisante peut-être, mais qui ne repose sur aucun fait scientifique assez précis pour qu'on soit autorisé à l'admettre, à la généraliser et à faire rentrer la lipomatose à prédominance cervicale dans le cadre des embryomes ou des tumeurs congénitales.

OBSERVATIONS

Observation première

(Mme Astaouroff, Thèse Paris, 1904.)

C. M., 37 ans, charretier, entré le 29 avril 1904 à l'Hôpital Cochin pour des tumeurs du cou. Rien à signaler du côté des antécédents héréditaires. Antécédents personnels : bronchite à 20 ans, tousse de temps en temps, gros fumeur, hémoptysies durant trois hivers ; gros buveur.

Début de la maladie, il y a trois ans, par l'apparition d'une tumeur préauriculaire gauche, qui envahit bientôt le côté opposé. Tumeurs à la nuque ayant augmenté de volume avec une grande rapidité. La tête est caractéristique (tête en poire). On trouve une autre tumeur au-dessous de l'ombilic.

Rien d'anormal du côté des autres organes. A l'auscultation du poumon, quelques râles, mais rien au sommet. La voix, rauque à l'entrée à l'hôpital, devient claire après deux ou trois jours de repos. On lui administre un peu de liqueur de Fowler et les tumeurs eurent tendance à diminuer de volume. Intervention inutile.

Observation II

(M^me^ Astaouroff. — Thèse Paris, 1904)

Homme âgé de 39 ans, entre le 4 janvier 1904 à l'hôpital Cochin pour une tumeur du cou.

Rien de particulier du côté des antécédents héréditaires et des antécédents personnels. Actuellement, le malade présente depuis un mois une tumeur du volume d'une noix dans la région sus-hyoïdienne, tumeur molle, indolore, à contours mal limités. Pas d'adhérence à la peau ; peut-être quelques prolongements latéraux. Au-devant du sternum, se trouve une seconde tumeur diffuse indolore aussi.

Extirpation des deux masses lipomateuses le 10 janvier. Elles ne présentent dans leur intérieur ni dans leur voisinage aucune trace de ganglions. Guérison.

Observation III

(Tuffier)

R. J..., 54 ans, emballeur, entre à l'hôpital Beaujon pour des tumeurs volumineuses au cou. Début, il y a deux ans, dans la région rétro-mastoïdienne gauche, puis propagation à droite. Evolution rapide et apparition de deux tumeurs symétriques sous-maxillaires gauche et droite. Actuellement, les tumeurs situées à gauche sont légèrement plus grosses.

A l'examen du corps, on trouve toute une série de lipomes (creux axillaire, région inguinale, colonne vertébrale). Quelques ganglions appréciables dans le creux de l'aisselle.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel. Extirpation des masses lipomateuses en deux fois. Suites opératoires normales. Guérison.

Observation IV

(Tuffier)

Homme, 51 ans, terrassier, entré le 5 février 1904 à l'hôpital Beaujon pour une tuméfaction de la région cervicale.

Rien du côté des antécédents héréditaires. Alcoolique invétéré ; à l'âge de 26 ans il fait une bronchite et depuis ne cesse de cracher ; cependant, pas d'amaigrissement.

Il y a deux ans et demi, il remarque une petite nodosité derrière l'oreille gauche qui peu à peu augmente de volume. D'autres tumeurs apparaissent ensuite et, actuellement, le cou présente une véritable tuméfaction en collier, diffuse, sans limites nettes. L'abdomen est énorme ; en revanche, les membres inférieurs sont très frêles. On ne note la présence d'aucun ganglion. Quelques râles à l'auscultation.

Opération le 9 avril : extirpation d'un lipome sus-sternal descendant jusque dans le médiastin antérieur et de deux lipomes allant dans les deux creux sus-claviculaires.

Dans une deuxième intervention, extirpation d'un lipome sous-maxillaire et enfin, dans une troisième intervention, ablation au-devant du corps thyroïde d'une tumeur lipomateuse ligneuse. Guérison assez rapide.

Observation V

(Bonnefond)

N..., fumiste, entre à l'hôpital Necker, le 4 octobre 1900, pour une tumeur de la région cervicale. Rien au point de vue des antécédents héréditaires ou personnels.

Début en 1897 par une tumeur médiane qui atteint rapidement le volume d'une mandarine et qui reste stationnaire pendant dix-huit mois. Ensuite, apparurent les autres tumeurs.

Actuellement, véritable collier cervical, allant d'une oreille à l'autre ; les tumeurs sont de consistance inégale, plus fermes à la partie médiane et antérieure du cou et dans les régions auriculo-mastoïdiennes.

Peau mobile. Etat général bon.

Extirpation des tumeurs, mais, par suite, sans doute, de la section d'un rameau facial, paralysie de l'orbiculaire droit. A l'examen microscopique, tissu adipeux normal ; aucune altération des ganglions.

Observation VI

(Tapié)

G..., 39 ans, tonnelier, entre en septembre 1899 à l'hôpital Saint Louis pour une tumeur cervicale. Dans la région sus-hyoïdienne et dans les deux régions sous-maxillaires on constate la présence de masses difficiles à limiter, molles, indolores.

Extirpation de ces tumeurs adipeuses ; l'examen histologique a montré l'absence de ganglions.

Observation VII

(Tapié)

N..., 49 ans, présente plusieurs tumeurs au niveau du cou. Opéré, en 1880, d'un lipome entre les deux épaules par Péan. En 1886, récidive ; et, actuellement, le malade présente dans la région cervicale plusieurs masses volumineuses, de consistance molle et pâteuse. Intervention et guérison.

L'examen histologique ne décèle aucune trace de ganglions.

Observation VIII

(Quéry)

Homme, âgé de 30 ans, entre en 1901 à l'hôpital Laënnec. Début, il y a cinq ans, par des tumeurs de la nuque et sous-maxillaires. Actuellement, deux tumeurs symétriques à la nuque, de la grosseur d'une pomme ; deux autres tumeurs, moins volumineuses, sont situées au-dessous de l'apophyse de la 7e cervicale. Dans la région sous-maxillaire, demi-collier en forme de croissant. Paroi abdominale très épaissie, masses adipeuses du côté interne des bras et à la face antéro-interne des cuisses. Consistance inégale ; on sent dans le tissu mou et adipeux des noyaux durs.

Rien à signaler du côté des principaux organes. Sensibilité normale, intelligence conservée ; alcoolisme.

Le professeur Reclus fait l'ablation des tumeurs de la nuque. Guérison. Le professeur Cornil examine les tumeurs, qui sont constituées par du tissu adipeux normal, sans aucune trace de ganglions. Les masses dures, perçues à la palpation, sont formées par du tissu adipeux normal, mais très condensé et renfermant une grande quantité de tissu fibreux.

Observation IX

(Dalché)

Homme de 49 ans, maçon ; pas d'antécédents héréditaires ; alcoolique ; caractère triste et mélancolique. A été interné, il y a quatre ans, dans un asile et y a séjourné deux mois. Mémoire à peu près disparue ; apathique et absorbé. Pas de tremblement des lèvres ou de la langue. Sensibilité conservée. Présente deux tumeurs symétriques aux régions parotidiennes, thyroïdienne, sus-claviculaires, à la nuque, à la région inguinale. Tumeurs plutôt dures et mobiles et ne contenant aucune trace de ganglions.

Observation X

(Hugier, 1855)

Homme âgé de 56 ans, paveur, ayant toujours joui d'une santé parfaite. Aucun antécédent héréditaire. Il est porteur de 43 lipomes dont 40 sont pairs et symétriques, situés dans les régions mastoïdiennes, parotidiennes, sus-

claviculaires, au niveau du sacrum et des plis inguinaux. Ces lipomes se seraient développés il y a sept ans, à la suite d'une chute.

Observation XI

(MM. Mollard et Petitjean, 1907)

G..., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, parce qu'il tousse. Rien du côté des antécédents héréditaires. Alcoolique, syphilitique, il a eu quelques hémoptysies il y a trois ans ; amaigrissement de 14 kilogs dans l'espace d'un an ; lésions très nettes aux sommets. Signes de compression dans le médiastin antérieur, faisant penser à une tumeur adipeuse comprimant le poumon gauche. Au cou, dans la région mastoïdienne, sur le tronc, diverses masses lipomateuses symétriques, indolores, molles, avec quelques petits noyaux durs faisant penser à des ganglions.

Intervention et extirpation d'une des tumeurs. A l'examen histologique, on ne décèle aucune trace ganglionnaire.

Observation XII

(Caron, 1908)

B. J..., gardien de chantier, mauvais état général. Au niveau de la nuque, on observe deux tumeurs mastoïdiennes, et une troisième médiane, ovoïde, correspondant à l'apophyse épineuse de la septième cervicale.

Deux masses lipomateuses au niveau du triangle de Scarpa, qui ont augmenté sensiblement de volume depuis deux ans ; de même, deux masses adipeuses aux creux

axillaires, aux sillons delto-pectoral, en plus trois tumeurs superposées au niveau du sacrum, et nettement séparées les unes des autres par des sillons. Apparition de la première tumeur, à la région rétro-mastoïdienne, il y a douze ans ; peu de temps après apparurent les autres qui frappèrent le malade par leur dureté.

Antécédents personnels : emphysème depuis l'âge de 20 ans ; actuellement, bronchite généralisée. N'est pas alcoolique, ni syphilitique.

Les tumeurs de la nuque donnaient la sensation caractéristique de deux exostoses saillantes de l'occipital, et l'examen radiographique a permis de constater que ces masses lipomateuses étaient comme appendues à ces exostoses. Actuellement, le malade est soumis à l'électrisation faradique.

Observation XIII

(Caron, 1908)

Homme de 57 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph, en proie à une violente dyspnée, et dans un état de cachexie très prononcée. Le cou présente un volume considérable. On constate un énorme lipome sus-hyoïdien, s'étendant presque jusqu'au sternum ; autour de cette masse médiane, onze tumeurs symétriques, de la grosseur d'un petit œuf.

A la nuque, dans les régions rétro-mastoïdiennes, deux masses symétriques, sans adhérence à l'occipital, puis au-dessous une énorme tumeur se rapprochant de la tumeur médiane antérieure. La circonférence du cou atteint 58 centimètres.

On constate d'autres masses lipomateuses symétriques aux creux axillaires, dans les régions lombaires, et au niveau des muscles grands droits.

Rien du côté des antécédents héréditaires ou personnels. Alcoolique invétéré. Apparition des premiers lipomes en 1882, à la nuque. Première extirpation en 1883 par Péan.

En 1885, tout le cou est occupé par des lipomes, et, en 1889, seconde opération par Nélaton. En 1892, apparition des tumeurs lombaires et récidive de celles déjà enlevées. Enfin, il y a un an, premiers symptômes de dyspnée, de dysphagie, dus à la compression ; paralysie de la corde vocale droite ; à l'auscultation, légère obscurité respiratoire des deux côtés.

L'examen radioscopique permet de déceler l'existence d'une tumeur du médiastin, faisant soupçonner une adénolipomatose trachéo-bronchique. Le malade meurt au bout de trois jours.

A l'autopsie, on trouve un énorme néoplasme de l'œsophage, au niveau de la 3e dorsale, avec sténose du conduit, et rupture de celui-ci dans la plèvre droite remplie de pus.

Ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés ; dégénérescence graisseuse du foie ; les masses lipomateuses examinées histologiquement montrent qu'elles sont constituées par du lipome pur.

Observation XIV

(Caron, 1908)

Homme, garçon limonadier, 54 ans, se plaint du volume exagéré qu'a subi son cou depuis quelque temps.

A l'examen, on constate à la face antérieure du cou une

masse lipomateuse médiane du volume d'une orange ; et de chaque côté deux tumeurs symétriques s'étendant jusqu'à la clavicule. En arrière, deux masses rétro-mastoïdiennes, et une masse sous-occipitale médiane.

Aux creux axillaires et aux triangles de Scarpa, deux petites tumeurs ; en outre, au niveau des dernières vertèbres dorsales, trois masses, distinctes et symétriques.

Les tumeurs de la nuque sont particulièrement dures, mais l'examen radioscopique n'a pu retrouver aucune trace de prolifération osseuse.

Rien de particulier au point de vue des antécédents héréditaires ou personnels. Soumis au traitement par l'arsenic, on n'a constaté aucune amélioration.

Observation XV

(Cabanès)

Homme âgé de 44 ans, peintre. Pas d'antécédents héréditaires ; antécédents personnels : alcoolique. Il y a 5 ans, apparition à la nuque de deux petites tumeurs symétriques ; actuellement on constate deux tumeurs préauriculaires, en arrière deux autres masses du volume d'une orange. La circonférence du cou mesure 67 centimètres. Présence de lipomes aux creux axillaires dans le dos, dans la région lombaire, dans le triangle de Scarpa.

Pas de phénomènes de compression, ni de troubles circulatoires. Thyroïdine pendant deux mois sans succès ; depuis cacodylate de soude.

Observation XVI

(Dieulafoy)

Homme présentant depuis douze ans des tumeurs à la région cervicale, alcoolique. La tête repose sur un véritable manchon lipomateux, les masses sont mal délimitées, sans adhérences à la peau, indolores, de consistance assez molle, surtout à la région antérieure.

A la nuque, elles sont plus dures, cachées par les cheveux, mais toujours symétriques. En outre on constate deux tumeurs sus-claviculaires, quatre à la région lombo-sacrée et deux dans les régions inguinales.

Urines normales, sang normal. Extirpation d'un lipome de l'aine ; aucune trace de ganglions à l'examen histologique.

CONCLUSIONS

I. — La lipomatose symétrique à prédominance cervicale est une affection relativement rare, qui se caractérise par le développement indolore de volumineuses masses adipeuses symétriques dans la région du cou, par l'altération presque constante de l'état général et quelquefois par la récidive des tumeurs après leur ablation chirurgicale.

II. — Cette affection doit être surtout différenciée d'avec les adénites cervicales et d'avec la maladie de Dercum, adipose symétrique mais douloureuse et s'accompagnant de troubles nerveux divers, moteurs, sensitifs, psychiques et trophiques.

III. — Plusieurs théories ont été émises pour expliquer la genèse de cette affection. Celle qui est actuellement la plus accréditée est la théorie ganglionnaire. Notre observation et une critique rigoureuse des divers cas publiés, démontrent que cette théorie est souvent en défaut et ne peut être généralisée.

IV. — Le pronostic de cette affection est rendu sérieux

par l'altération souvent rapide de l'état général et par la possibilité d'une récidive.

V. — La meilleure méthode de traitement consiste dans l'ablation chirurgicale, avec dissection complète de toutes les masses cervicales.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 19 mai 1909
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 17 mai 1909.
Le Doyen,
MAIRET

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Astaouroff (Olga). — Contribution à l'étude de l'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale. Thèse Paris 1903-1904.

Bauju. — Des lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse. Thèse Paris 1892.

Bonnefond (L.). — Contribution à l'étude de l'adénolipomatose à prédominance cervicale et son traitement. Thèse Paris 1900.

Cabanès (E.). — Adénolipomatose symétrique diffuse. Bulletin médical de l'Algérie, T. XIII, p. 247, 1902.

Caron (E.). — Contribution à l'étude de l'adénolipomatose à prédominance cervicale. Thèse, Paris, 1908.

Crémieux (I.). — Contribution à l'étude de la lipomatose multiple symétrique. Thèse, Montpellier, 1905.

Dalché. — Société médicale des Hôpitaux, 15 octobre 1897.

Danlos et Lourdelle. — Société médicale des Hôpitaux, 1908.

Darbez. — Des lipomes et de la diathèse lipomateuse. Thèse, Paris, 1868.

Dartignolles. — Société médicale des Hôpitaux, 1891.

Dieulafoy. — Traité de Pathologie interne. T. IV, p. 700.

Ducastel. — Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, 1876.

Erdmann (I.-F.). — Adenolipomatosis symetrica.

Faroy et Le Play. — Lipomatose symétrique. Presse médicale, 31 mars 1909, p. 229.

Foucher. — Gazette des Hôpitaux, p. 485, 1863.

Fournier et Bensaude. — Adénolipomatose symétrique. Ann. de dermatologie, Paris, 1901, II, p. 64.

Grosch. — Deutsch Zeitschrift für Chirurgie, 1887, T. XXVI, p. 352.

Hayem. — Société médicale des Hôpitaux, 5 mars 1897.

Huguier. — Société de chirurgie, 7 mars 1855.

Jaboulay. — Adénolipomatose tuberculeuse. Lyon médical, 30 mars 1902, page 500.

Janselme et Bufnoir. — Lipomatose symétrique. Société médicale des Hôpitaux, 7 mai 1898, p. 385.

Katzenellenbogen. — Des lipomes symétriques. Thèse, Paris, 1895.

Labbé. — Adénolipomatose d'origine tuberculeuse à localisation exclusivement cervicale. Société médicale des Hôpitaux, 1901. Presse médicale, 30 novembre 1901.

Launois et Bensaude. — De l'adénolipomatose symétrique. Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 1898, page 298. Presse médicale, 1898, p. 293.

— L'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale chez la femme. Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 1901, p. 675.

Marçais. — Contribution à l'étude des lipomes diffus du cou et de la nuque. Thèse, Paris, 1895.

Madelung. — Arch. für Klinische Chirurg., 1885, p. 106.

Poncet. — Origine tuberculeuse du lipome. Semaine médicale, 1907, p. 167.

— De la tuberculose inflammatoire. Société de chirurgie, juillet 1908.

Potain. — Pseudo-lipomes. Bulletin Académie de Médecine, 1882.

Queinnec (F.). — Contribution à l'étude des lipomes multiples symétriques et en particulier des lipomes circonscrits. Thèse, Paris, 1903.

Quéry (L.-C.). — Contribution à l'étude de la lipomatose diffuse symétrique à prédominance cervicale. Thèse, Paris, 1902.

Reclus et Duplay. — Traité de Chirurgie, p. 434, Quenu.

Reclus. — Adénolipomatose. Société de chirurgie, 1901.

Rehns (J.). — L'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale. Thèse, Paris, 1898.

Roch. — Lipomatose discrète. Revue de médecine, juin 1908, p. 540.

Roger Williams. — Transactions of the pathological Society of London, 1890.

Rothmann (M.). — Lipomatose symétrique. Bulletin de la Société de Médecine berlinoise, 1903, p. 1088.

Roussel. — Lipome d'origine tuberculeuse. Thèse, Lyon, 1906.

Schwartz et Chevrier. — Lipomes ostéo-périostiques. Revue de chirurgie, 1906.

Sinnhuber. — Fall von multiplen Lipomen. Deutsche med. Woschenschr., 1903, p. 170.

Siredey. — Société médicale des Hôpitaux, 1892.

Tapié (L.). — Contribution à l'étude de l'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale. Thèse, Paris, 1899.

Tuffier. — L'adénolipomatose symétrique. Société de chirurgie, 1904.

Virchow. — Pathologie des tumeurs. Paris, 1867.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !